

精神科病院で働く看護師のための
災害時ケア ハンドブック

一般社団法人日本精神保健看護学会



はじめに

東日本大震災発災後、4年が経過しました。今もなお、多くの方が家族や親しい方を失った悲しみを抱いて生活されています。また、故郷を喪失し、住み慣れた土地を離れ、仮設住宅暮らしを余儀なくされている方もまだ多数おられます。ここに改めまして、東日本大震災で犠牲になられた方々に謹んでお悔やみ申し上げますとともに、一刻も早い復興を祈念いたします。

日本精神保健看護学会では、2011年3月11日の東日本大震災発生後、3月18日に災害対策事務局を設置、その後、2011年6月の総会で災害支援特別委員会の設置の承認を受け、①災害支援に役立つ情報の発信、②こころのケアに関する研修会の開催、③他団体との連携活動などに焦点を当てながら、災害支援活動を実施してきました。

2013年度、2014年度は、減災対策に役立つ知識の明確化を目的に、東日本大震災で勤務中に地震と津波被害にあった精神科病院の看護師たち17名にインタビューを実施し、データを質的に分析し、それをもとに、この「精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック」を作成しました。

このハンドブックでは、東日本大震災での精神科看護師たちの経験をもとに、主に大規模震災を想定して、精神科病院で働く看護師のために災害時にどのようなケアをしていったらよいのか、その指針をまとめています。

研究の結果からは、精神科看護師たちは、患者の【精神症状の重症度に合わせた対応】をしながら、【安心感を与えるケア】に重点を置き、限られた環境の中でも【日課の再構築】を行っていることが示されました。災害時においても、精神科看護の基本が大切にされ、看護師たちの経験と知恵によってケアが展開されていることが確かめられました。また、看護師たちは専門的な視点をもってケアにあたる一方で、同じ被災者と

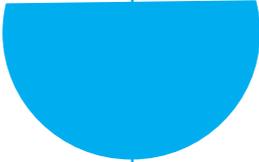
して患者と生活の営みをともし、そのことが同時にケアともなり、それにより看護師たち自らもまた力づけられていたことが示されました。

一方で、大規模災害においては看護師も被災者となることから、自らも災害によるストレスを体験します。看護師としての使命感や役割意識により自責の念が生じやすく、二次的トラウマに晒されやすいこともわかっています。したがって、災害時には、看護師自身も心身の健康を保つことが非常に重要となってきます。このような観点から、本ハンドブックでは、看護師自身のケアについても触れ、さらに、災害に関連したメンタルヘルス基礎知識を含めました。また、付録として、本学会のこれまでの災害支援活動をまとめ、災害時に学会としてできることと課題を示しました。

限られたデータと経験をもとに作成されたため、内容的には不十分な点が多々あるかと思いますが、この小冊子が今後の災害時に、精神科病院で働く看護師たちに少しでも役立つことができれば幸甚です。

2015年6月

一般社団法人日本精神保健看護学会 理事長 野末 聖香
同 災害支援特別委員会委員長 田中美恵子



目次

はじめに ... 3

I 災害発生時における患者ケアの視点と対応 ... 7

II 看護師自身のケア ... 27

III 災害時のメンタルヘルス（基礎知識） ... 39

付録 1

日本精神保健看護学会の災害支援活動

● 災害時に、学会としてできること ... 53

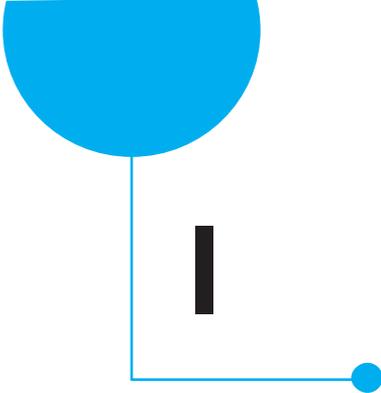
付録 2

こころのケアを中心とした

災害関連の文献、ウェブサイト ... 65

付録 3

平常時の備え ... 67



災害発生時における 患者ケアの視点と対応

発災後を直後期（発災直後～72時間）と急性期（72時間～1か月程度）の2つの時期に分けて、患者ケアの視点と非常事態への対応のポイントを示します（8-9頁の図を参照してください）。基礎知識を述べたⅢでは、これらの時期をまとめて「対応期」としていますが、対応期のなかでも時期によってケアの視点と対応が少し異なるため、「直後期」と「急性期」に分けて説明することにしました。

災害発生時、勤務中の看護師に求められるのは“患者の状態”と“被災の状況”の両方を視野に入れて臨機応変に対応することです。まず、その際の心得を述べ、行なうべきことを列挙しました。また、そのために必要なチームワークや備えについて「ケアを支える基盤」として示しました。

なお、本冊子の内容は看護師自身の安全を確保することを前提として述べられています。その上で、援助者としての看護師が、患者を守り支援するために共有すべき行動指針としてまとめたものです。

災害発生時における患者ケアの視点と対応

発災

直後期（発災直後～72時間）

生命の危機

避難誘導、救命措置

《患者の状態》に基づくケアの視点

- 【直後期】 1) 生命の危機状態 → 危機レベルに合わせた対応
- 【直後期】 2) 身体の機能障害のレベル
認知機能障害のレベル → 身体の機能障害や認知機能障害のレベルに合わせた避難方法の判断

《患者の状態》に基づくケアの視点

- 【直後期】 3) 【急性期】 身体疾患、身体の状態
- 【直後期】 4) 【急性期】 精神状態の重症度
- 【直後期】 5) 【急性期】 反応の大きさ
- 【直後期】 6) 【急性期】 協力の程度

《被災の状況》に基づく対応の視点

- 【直後期】 7) 【急性期】 二次災害の可能性
- 【直後期】 8) 【急性期】 ライフライン・生活物品の不足
- 【直後期】 9) 【急性期】 医療機器・医療用品・薬剤の不足
- 【直後期】 10) 【急性期】 情報の紛失・不足

直後期・急性期のケアを支える基盤

- 1) 組織風土とチームワーク
- 2) 平常時の避難訓練、必要物品の備え
- 3) 組織上の役割分担と自主性

看護師の反応 → 看護師自身の心身のケア

<過覚醒><無我夢中>
<恐怖・不安・死の覚悟>
<使命感>

急性期（72時間～1か月程度）

生活環境の崩壊

生活環境の確保 → 病棟の日常生活の再構築

《患者の状態》に基づくケアの視点

【急性期】 1) セルフケア不足 → セルフケアに合わせたケア

《被災の状況》に基づく対応の視点

【急性期】 2) 人手不足／スタッフやその家族の被災 → スタッフやその家族の被災状況に合わせた調整、分担

→ 身体疾患、身体の状態の状態に合わせたケア

→ 精神状態の重症度に合わせた対応

→ 反応の大きさに合わせて安心感を与える

→ 協力の程度に合わせた対応

→ 二次災害の可能性をふまえた減災対策

→ ライフライン・生活物品の不足に応じた確保・代用の工夫

→ 医療機器・医療用品・薬剤の不足に応じた確保・代用の工夫

→ 情報の紛失・不足に応じた情報の探索、活用

4) 連携と協働

5) 外部とのネットワーク

1週間ほど経てから<疲弊>

1 直後期（発災直後～72時間）

3) 以降は、急性期においても継続する。

1) 生命の危機への対応

命を守ることが最優先です。自らの安全を確保しながら、患者の命を守るために必要な行動を起こします。

- ① テーブルの下に避難誘導する・・・地震発生直後、落下物による損傷を避ける
- ② 出入口を開ける・・・避難通路を確保するため
- ③ 隔離室を全室開錠して隔離中の患者も避難できるようにする
- ④ 病院の避難指示に従う
- ⑤ 病棟の全患者に呼びかけて、ロビー・ホールに集合させる
- ⑥ 作業療法や外出等で病棟に不在の患者の所在と安全を確認する
- ⑦ 自分の病棟の患者を優先して、指定された安全な場所へ誘導する・・・その後、他の病棟の患者の誘導を手伝う
- ⑧ 津波の情報を確認する
- ⑨ 負傷して生命の危機を伴う患者に対して、医師の判断により転院の手続きをとる

2) 避難の方法を判断する

避難誘導は患者の身体の機能障害や認知機能障害のレベルに合わせて行う必要があります。

自分の身を守りながら、**独歩**（1人で歩くことができる、介助により1人で歩くことができる）→ **護送**（車いすに移乗できる）→ **搬送**（車いすへの移乗が困難で一日中臥床している）の順に誘導します。患者は、認知機能障害のレベルや理解度によって反応の示し方はさまざまです。それに合わせた対応が必要になります。

a. 身体の機能障害のレベルに応じた誘導方法

独歩の患者

- ① 呼びかけのみで誘導が可能な患者は1か所に集合させる。集団を誘導する
- ② 歩行機能に問題がある患者、説明の理解が難しい患者は、手を引いたり背中を押したりして誘導する

護送を要する患者

- ① 患者を車いすに移乗させる。車いすを押して避難する
- ② 階段では車いすから降ろして、負ぶって避難する
- ③ 負ぶうことが難しい患者は、車いすごと2人以上で護送する

搬送を要する患者

- ① 臥床状態にある患者は、体内挿入物や装着物をベッドから外してシーツに身体ごとくるみ、2人以上で搬送する
- ② 自分の身に危険がない限り、救助の者が到着するまで患者のそばから離れない
- ③ 患者、自分の身体（とくに頭）を落下物から守る

b. 認知機能障害のレベルに応じた誘導方法

軽度の認知機能障害の患者

災害が起きたことを認識できない場合、状況を説明したり、テレビをみせたりして納得してもらう

中等度の認知機能障害の患者

混乱により説明しても理解が難しい場合、抱えたり手を引いたりして避難させる…後で落ち着いてから説明する

高度の認知機能障害の患者

臥床状態にある患者は、シーツにくるみ搬送する

●●実際の看護師の声●●無我夢中で患者を守り抜いた

「地震の直後から津波の間に、2階に避難させたんですけど、やっぱりお年寄りが多いもんですから。ADLがかなり低い患者の集まりの病棟なんですね。ですので、寝たきりの患者だったりとか、あと車椅子の患者も主だったものですから、そちらの心配ですね。歩けない患者方を階段登らせて、どういうふう避難しようかなというところですね。……ただ、考える間もなく、全職員が協力して、抱きかかえてくれたりとか、車椅子ごと上げてくれましたりしましたので、思ったほど心配ではなかったんですけど。昼間でしたから、かなりスムーズでした。」

●●実際の看護師の声●●実際に被災した現場を見て納得する患者さん

「“家族が何で来ないんだ”とか、“何でこんな食事なんだ”っていうのが、長期化してくると、クレームになってきたので、病院のマイクロバスを出してもらって、市内一周の旅に患者さんを連れ出したんですよ。現状を見てって。そしたら、百聞は一見にしかずで、皆さん見てきたら何も言わなくなった。1回に15人くらいずつしか乗れないんですけど、それで何回かに分けて見てもらったら、了解してもらえましたね。だから、分かんないじゃなくて、分かってもらっていうのも必要かな。いくら言ったって、“うそだ、うそだ”って。妄想絡みの方たちもいらっちゃって“違う場所に連れていかれた”って言う人もいましたけど。でも、ほとんどの人には現状を把握してもらえたので、無理に外出とか、外泊とかっておっしゃる方もいらっやいませんでした。」

3) 身体ケア

患者の身体疾患や身体の状態に合わせたケアを行ないましょう。重症度が高く治療やケアをより必要とする患者を優先します。状態が悪化しないように観察し、使用していた医療機器や医療用品の手配が困難な環境では、手元にある物品を代用するなどしてケアを継続します。

臥床状態で褥瘡がある、あるいは生じやすい患者

- ① 観察と体位変換を継続する
- ② その他の身体ケアを継続する

寒さによる低体温の患者、高齢患者

- ① 陽のあたる場所にベッドを移動、配置する
- ② 布団、毛布を集めて保温する
- ③ 洋服を重ねて着用させる
- ④ 湯たんぽ、ない場合はペットボトル等を代用して血管を温める
- ⑤ 患者同士を1か所に集めて、人の体温で温めあう

転倒のリスクの高い患者

- ① トイレなどへの移動時は、必ず付き添うか見守る
- ② 非常灯や懐中電灯で足元を明るくして転倒を防止する
- ③ 床が水で濡れていると滑りやすい。頻繁に拭いて転倒を防止する

吸引を要する患者

☞ 9) -b (p 19)

手動式吸引器を用いたり、注射器を代用して排痰を図る

酸素吸入を要する患者

☞ 9) -b (p 19)

- ① 早期に酸素ポンベを用いて酸素吸入を継続する。酸素ポンベの備蓄が不足している場合は、呼吸しやすい体位に整え、呼吸状態の悪化に注意して観察する
- ② 限られた酸素ポンベしかない場合は、他患者への配分や緊急時に備え、呼吸状態に合わせて徐々に酸素の投与量を減らし、問題のないことを確認する

●●実際の看護師の声●●寝たきりの患者さんに褥瘡が発生する

「体位交換をどんどんやっても追いつかないっていうか。普通の患者さんのベッドに寝かせたので、エアマットがないっていうのは結構きつかったですね。エアマットってすごかったんだねって、そのとき思ったんです。私たちのエアマットへの依存度がこんなにも大きかったのかと思うくらい。5日目から、患者さんたちに褥瘡が出てきたんです。来ていただいた先生方に、褥瘡にいいシートとか、いろいろといただくんですが、やっぱり褥瘡は早かったです。」

嚥下障害のある患者

食糧が不足しているときは、誤嚥防止のためにパンに湯を加えてつぶし、粥状にしたものを与える

糖尿病の患者

- ① 低血糖を避けるために食糧を確保する。それが困難な場合は、常用していた血糖降下剤の投薬中止について医師に相談する
- ② 低血糖症状に注意して観察を続ける

4) 精神症状に対するケア

災害による不安や、薬の確保困難による減薬のため、精神症状が悪化する場合があります。一方で、内服しなくても症状の安定や改善がみられる患者もいます。

- ① 落ち着かない患者や抑制の必要な患者には、できるだけ付き添う
- ② ケアの必要度の高い患者をナースステーションの近くに配置する
- ③ 保護室が不足した場合、優先順位の高い人が日替わりで使用するなどの工夫をする
- ④ 薬の確保が困難な場合は、一日の服薬回数を減らして、薬をきらさないことのほうを選択することもありうる。医師の指示を受ける。
- ⑤ 不安が強くこだわりの強い患者に対しては、ストレス・不安の軽減を図る
- ⑥ 重症な患者やケアに困難を伴う患者を優先して転院を検討する

5) 安心感を与える

発災直後期に強い反応を示した患者も、避難後は次第に環境に適応し、徐々に落ち着いていく患者が多いようです。ただし、患者によっては状況に慣れるにつれて不安が大きくなり、要求が高まる場合もあります。患者の反応の大きさに合わせて対応しましょう。

- ❶ まず看護師が冷静さを保ち、落ち着いて関わる
- ❷ 余震や暗闇などの不安な状況に対しては、声をかけて支援者の存在を知らせる
- ❸ 看護師が付き添う
- ❹ 患者が同じ場所に集まる…独りではなく、みな一緒であることが不安や恐怖を和らげる
- ❺ 相談や要望を無視しない。温かい態度で応じる
- ❻ 見回りを欠かさず、患者の目に見えるところにいるようにする
- ❼ 可能な限り現状や見通しを伝える…事実を知ることのほうが不安をむやみに募らせない
- ❽ 手に入る道具を利用して、楽しみや集中できる作業を考える…からだを動かし具体的に行動することで不安を忘れさせる

反応が大きい患者 例）パニック、不穏

- ❶ 触れるケア（タッチング、抱きしめる、マッサージ等）を意図的にとりいれる
- ❷ 患者の居場所を確保する
- ❸ 心理的な打撃の大きな患者（家族を亡くした患者など）は、とくに注意深く見守る

●●実際の看護師の声●●薬が流されたために内服ができず症状が悪化した

「1週間分はちょうどあったんですが、薬剤庫のものは全部流されちゃったんで。長く飲んでもらうために、医師の指示で今まで3回のものでいたものを1回に減らしました。そうすると、てんかんを持つてる人は、発作起こしてしまっ。て。や。っ。ぱ。り。脱水とかも重なるので、発作を起こしやすくなっていたのだと思います。てんかんでなくても、何人かの人、興奮状態だったり、昏迷状態になったりして大変でした。ただ、元々安定してた人たちは、それなりに安定した生活を送ってたんです。あと、衝動行為ですね。衝動的に暴力行為に走ったりとか、飛びついてきたりとか。結構、男性病棟だったので、暴力的なところが出てきました。」

●●実際の看護師の声●●とにかくそばについている。抱きしめる

「まずは怯えが出てくるんですね。不安とか怯え。あとはだんだんと興奮していきんですが、最初は不安。お薬が切れて4日あたりですよ。ちょうど症状が出てくる時期ですから、泣いたり叫んだり、体育館を走り回ったり、不眠とか不穏とかありましたね。とにかく、そばについているしかなかったですね、うん。そばにいて、あとは抱きしめてあげたり、“怖くないよ”とか。全員が全員でないので、すごい激しい人のところにはそばにいたりとかして。」

6) 患者の協力

直後期・急性期では喫煙や無断離院などはなく、規律を守った行動がとれることが多く、患者全体は一般的に協力的です。しかし、なかにはそれが難しい患者もいるので、どれくらい協力的か、程度に合わせて対応しましょう。

- ① 患者同士のトラブルや喧嘩が起きたときには仲介に入る
- ② 患者の文句や苦情に対しては、可能な限り応じる
- ③ 自主的に日常的な業務を手伝ってくれる患者がいた場合、無理のない範囲でその力を借りる

●●実際の看護師の声●●みんなで協力し合った

「すごい協力してくれるんです、皆さん。開放病棟ということもあったんですけど、すごく我慢してくれて、協力してくれて“こういうわけで、皆さん、これから食べ物がありませんので、おやつのお供給をお願いします”って言うと、部屋にあったおやつを持ってきてくれたり。たまたま長期入院患者さんが多い病棟ですから、そういう何でも信頼関係で、お互いが注意しあってくれるんですね。男女一緒に逃げて、避難してるんですけど、みんな協力してくれるんですね。」

7) 減災対策

自然の猛威による直接的な被災の後、建物の崩壊や火災の発生など、二次災害が起こる可能性があります。身を守るための減災対策を以下にあげます。とくに、火気厳禁を徹底しましょう。

- ① 津波情報が確認されたら扉と窓を閉める・・・津波の浸水を防ぐ
- ② 建物崩壊の恐れのある場所への立ち入りを禁止する・・・危険区域の指定に従う
- ③ライターやマッチの使用を禁止する
- ④ 禁煙にする
- ⑤ ストープの使用を禁止する
- ⑥ 他の避難所へ移動する・・・病院の避難指示に従う

8) ライフライン、生活物品の確保、または代用品の工夫

電気、水道、ガスなどのライフラインが途絶えたり、流通が滞って生活物品の不足が生じることがあります。患者と職員の生命の安全と生活を維持するために、生活物品を確保する必要があります。代用品を工夫するなど、さまざまな可能性を追求しましょう。

飲料水の確保

- ① 施設内にある飲料を確保し、必要な場所に分ける。自動販売機の飲料も活用する
- ② 2～3日分を目安に小分けし、食事や内服に必要な量を定める

生活用水の節約

- ① 近隣の井戸を探し、井戸水を分けてもらう
- ② 食器の代わりにラップを活用する・・・食器を洗う水を節約する
- ③ リハビリパンツや紙おむつを下着として活用する・・・洗濯水を節約する
- ④ 洗濯には浴場の水（風呂の残り湯）を活用する
- ⑤ 手洗いをウエットティッシュや手指消毒で代用する

トイレの水が流せないとき

- ① ポータブルトイレを使用する
- ② 排便のときだけ水を流す
- ③ 大便を小便で流す
- ④ 川の水、雪を溶かした水で流す

- ⑤ 汚物を新聞紙で包み、廃棄できるようになるまで袋にまとめておく
- ⑥ 溜まってしまった汚物は、土を掘って埋める

食料の不足に対して

- ① 施設内にある食料を確保し、必要な場所に分ける
- ② 患者や職員が持っている食料や菓子を集める … 協力要請
- ③ 2～3日分を目安に小分けする
- ④ 刻み食の患者には、看護師が食事を刻み潰して提供する
- ⑤ 粥食の患者には、乾パンを粥状にして提供する
- ⑥ 輸液投与者は1日の必要水分量に輸液量も含めて換算する

停電への対応

- ① 非常電源を活用する
- ② 施設内の電池を集める
- ③ 懐中電灯が少ない場合には、与薬など、とくに正確さが求められる作業に限定して使用する
- ④ コンセント不要のラジオから情報を得る
- ⑤ 石油ストーブを使用する
- ⑥ 簡易コンロを使用して調理する
- ⑦ 停電中は日照時間に合わせて生活をする

●●実際の看護師の声●●大きな鍋で砂糖湯を沸かして、空腹を満たした

「いつ食料が来るか見当もつかなかったので、病院の行事の芋煮会で使うでっかい鍋を見つけてきて、流れてきた材木拾って火を燃やして、お湯を沸かして患者さんに砂糖水を作って飲んでいただいたりもしました。それも精神科ならではのですね。運動会とか、芋煮会とか、普通ではそんなの考えられない。」

9) 医療機器・医療用品・薬剤の確保、代用の工夫

医療機器・医療用品や薬剤の不足に対しては、使用可能なもの、代用できるものを確保し、緊急度の高い患者から対応します。

a. 薬剤や処方箋が流されたとき 〈洪水や津波の被害〉

- ① 病棟のストックやがれきの中から薬剤を集めて確保する
- ② 残っている紙カルテの情報や看護師の記憶をもとに、医師に処方に関する情報を提供する

b. 医療機器・医療用品・薬剤の不足に対して

- ① 点滴材料を確保し、水分管理を徹底する
- ② 酸素ポンペを確保して、全体の必要量を換算し、医師と相談して最低限必要な酸素使用量を決定する
- ③ 電動吸引器が使用できないときは、
 - ・手動式吸引器を用いる
 - ・注射器で代用する
- ④ エアマットが使用できないときは、
 - ・普段より頻回に、体位変換を行う

c. 生活物品の不足に対して

〈寝具〉

- ① 毛布を2人で1枚、マットレスを3人で2枚など、不足を補う工夫をする
- ② なるべく集まって寝ることで、暖をとる

〈おむつ〉

使えなくなるまで、使い切る

10) 情報の不足や障害に対して

通信手段が使えず情報が入らないで孤立した状態だと、患者にも職員にも不安が募ってきます。また、電源がなければ電子カルテの情報が使えなくなり、医療活動に支障を来すことになります。避難生活を維持するために情報の確保はとても重要です。

外の状況に関する情報

- ① テレビが映らない、電話も通じない場合はラジオを活用する
- ② 病院外に出たスタッフが得てきた情報を共有する

院内の連絡、情報網

- ① 内線電話が使えない場合は、各階・各部署に伝令を発する
- ② 情報が行き渡るように連絡経路を定める

電子カルテの代用

- ① 残っている紙の処方箋をもとに、医師に情報を提供する
- ② 転院等、患者基本情報が必要な場合は、患者台帳など紙に記載された情報を活用する
- ③ 電子カルテが使用できない間は紙に記録を残す

2 急性期（72時間～1か月程度）

- * 直後期に生命の危機を回避した後、安全な生活環境の確保を目指す。
- * 元の日常生活を再構築していく。

1) セルフケア不足への対応

直後期は「空気・水・食物」「排泄」「清潔」など生命の維持に欠かせないものが優先されました。急性期では「活動と休息」「孤独と付き合い」などにも目を向けていきましょう。個々の患者のセルフケアレベルに合わせてケアします。

空気・水・食物の不足を補う

☞ 1-8) (p 17)

排泄への対応

☞ 1-8) (p 17)

清潔の保持

- ① 便・尿失禁により汚染の多い患者を優先して入浴を開始する
- ② 消毒剤で手指消毒する・・・水が使えないとき
- ③ 寝衣交換は汚染があったときのみとする・・・物資が届くまで

☞ 1-8) (p 17)

活動と休息のバランス

- ① 患者の生活の場所を確保する
 - ・使用できない病室・病棟は閉鎖する
 - ・利用可能な病棟・病室に患者を移動させる。被害のない会議室などの利用も考慮する
- ② 普段行なっていた作業療法（道具がなくても可能な歌、体操など）を取り入れる・・・患者は外出できずにストレスをためている
- ③ 落ち着いたたら、男女別に病室を分ける
- ④ 喫煙や食事などの決まりごとや日課については、できる限り元の状態に近づける

孤独と付き合いのバランス

- ① 集まって過ごしたい患者はロビー、ホールで過ごす
- ② 症状が安定して一人で過ごしたい患者は病室で過ごす

●●実際の看護師の声●●なんでも活用して作業療法にする

「うちの開放の女子の患者さんに、“皆さん、デイケアもOTもないから、何かやりますか”っていうことで、みんなが協力して米つきをやったんです。患者さんが率先して、みんなで米つきが始まったときには、なんか異様な光景でした。瓶に米入れて、皆さん楽しんでましたよ。結局食べられなかったんですけど。それでもすごい楽しんでました。作業療法みたいな感じで。そんなことがないと、やることもないんですよね。ラジオ聞くだけだし、外は寒いから出られないし。」

2) 人手不足への対応—勤務の調整と分担

自身が被災した、あるいは被災した家族のいるスタッフは出勤できないこともあるでしょう。その場合、勤務調整と新たな役割分担が必要になります。

- ① 管理者は臨機応変に勤務を調整して、交代勤務を継続する
- ② 帰宅することに危険や疲労が伴う場合は、病院に宿泊する
- ③ 短期間であれば、可能な者が数日間継続して勤務することで欠員を補う
- ④ 配膳など人手が必要な業務は全員で行なう

3) 看護師自身の心身のケア

患者ばかりでなく、ケアにあたる看護師自身もストレスにさらされていることを自覚しましょう。(詳しくはIIを参照)

防寒

- ① おむつや防水シーツを身体に巻く
- ② ディスポの手袋を着用後さらに軍手をする
- ③ 自宅から持参した衣服に着替える
- ④ 患者に着替えを借りる
- ⑤ 全員が(患者も職員も)身を寄せ合って保温する

当初は空腹を感じないものですが、2日くらいを経て自分の空腹に気づきます。

空腹を満たす

食糧が届かない間は、

- ① 十分な水分を摂る
- ② ストックしていた食料を中心に食べる

4日目ぐらいから疲れが出始めます。

疲労を緩和する

- ① 休めるときにはしっかり休む
- ② 交替で休む
- ③ 院外に出られる機会があったとき、用事をすませた後で息抜きの時間をとる

家族と連絡をとる

- ① 家族の安否確認は必ず行なう・・・電話で声が聞けるとよい
- ② 院外に出られたときは、可能であれば自宅に寄る

3 対応とケアを支える基盤

これまでに示した対応とケアがスムーズに行なわれるためには、病院の組織風土など、それを可能にする基盤が大切です。それによって、発災後の対応がスムーズになります。

1) 組織風土とチームワークの発揮

これまでに培われた病院の組織風土を活かしましょう。

- ① 状況に応じて各自が柔軟に自主的に動く
- ② 普段からの話し合いを被災時も継続する

チームワークを最大限発揮しましょう。

- ① お互いに支え合う
- ② つらい状況でもユーモアを忘れない
- ③ すべての看護スタッフが主体的な参加意識を持つ
- ④ 毎日の会議で情報を共有する。決定事項を実行する

●●実際の看護師の声●●日頃のチームワーク

「お互いの支え合いが自然発生的に生まれました。日頃から、職員たちの間に“和”が出来ていた。そのことが、何かをしようとするときの結束力につながっていたように思います。チームワークがとれていたことが、お互いの支え合いになっていたのかもしれない。」

2) 平常時の避難訓練と備蓄

避難訓練や必要物品の備蓄、点検など、非常時に対する日頃の備えが活かされます。

📖 付録3 平常時の備え (p 67)

3) 組織上の役割分担

集団が危機を乗り切るには統率のとれた行動が必要です。そのためには被災時も指示系統が乱れないことが重要です。同時に、各自がサバイバルの意識を持って、できることを最大限に行ないましょう。

a. 看護部長は

- ① 管理者（師長等）不在時の病棟をサポートする
- ② 情報伝達のシステムを構築できるように、病院全体での会議の実施、伝令役として活動する・・・部長室前に貼り紙をするとよい
- ③ 他部門と連携して病院運営にあたる
- ④ 外部組織と連携する・・・例：ボランティアナースを受け入れる
- ⑤ 避難してきた地域住民や、当院の対象外だった患者または負傷者に対応する

b. 看護師長・主任は

- ① スタッフに家族の安否や被災状況の確認をするよう伝える
- ② スタッフやスタッフの家族の被災状況に関する一覧表を作成する
- ③ 当日勤務以外のスタッフに応援に来てもらうよう依頼する・・・応援に来られないスタッフに無理を強めないよう配慮する
- ④ スタッフの安全を考慮して帰宅の判断をする
- ⑤ スタッフが寝泊まりする場所を確保する
- ⑥ スタッフの被災状況、疲労に配慮したシフト調整を行なう
- ⑦ 気が張りつめたスタッフ、疲労が強いスタッフには休息をとらせる
- ⑧ スタッフの被災状況の違いを把握する・・・不協和音が生じてチームワークに悪影響を与えないように配慮する
- ⑨ 長期戦を覚悟し、スタッフには頑張りすぎないように伝える
- ⑩ 勤務記録や日誌をつける
- ⑪ 全体会議への参加する・・・情報を共有をして、看護チームとしての方針を決める

c. 看護スタッフは

- ① 与えられた役割を遂行する・・・指示にもとづいて主体的に行動する
- ② チーム全体と協調して動く・・・できることを自分で見つけて行動する

●●実際の看護師の声●●精神科以外の患者への対応

「市内の全部の病院がだめだったので、精神科に限らず、内科の患者さんとかもすごい数が来ていて、薬も何を飲んでいるかわからない、お薬手帳も流された。……薬は朝晩飲んでた薬だとか、血圧の薬だとか思い出してもらって、すごく診察にも時間がかかりますよね。先生方もご苦労されてましたし、私たちもその患者さんからなるべく情報をとって、一日何回飲む薬だったの？とか、患者さんに見本を見せながら“これだ”“いやこれではない”とか、そういったこともありました。」

●●実際の看護師の声●●病院へ来られなかったスタッフへの配慮

「病院に来れない人たち（看護スタッフ）の方が悔しい思いをしていると思うんです。……来れなくなっている人たちがいるっていうことは皆さんにも随時話すようにして、来たときにはご苦労さんね、大変だったねって迎えました。やっぱり泣かれました、何も役にも立たなかったみたい。……できないことを責めるんじゃなくて、できたことをよかったねって言えるような、そういうのってやっぱり常日頃から育てていかなくちゃって、今回の災害で思ったんです。できたことを評価していくっていうことで一歩が踏み出せる。」

●●実際の看護師の声●●それぞれが、それぞれの役割を果たす

「こうしなさい、ああしなさいとか言ったわけではありません。トイレがない、どうしようって。やっぱりそのおのおのの立場でね、みんながすごい考えてやっていた。自分たちにできることを、自分たちで考えてやってくれた。」

4) 医師・他職種との連携と協働

医師に治療の指示を仰ぎます。また、**他職種とのチームワーク**が必要なことは平常時と同様です。コミュニケーションがそれを助けます。

行政の支援を得るためには**事務職との協働**になります。行政との連絡係を担ってもらいましょう。

5) 外部とのネットワーク

連携が円滑に行なわれるためには、日ごろからのネットワークづくりが大切です。

a. 地元とのつながり

近隣住民や消防団員の応援を得る

b. 行政の力を活用する

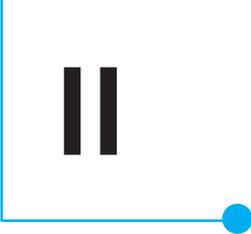
- ① 防災無線を借りる
- ② 救急車を手配してもらう

c. 病院間のネットワーク

- ① 全国の病院からの支援を受ける
- ② 他病院から支援物資を受け入れる
- ③ 被災病院同士コンタクトをとり助け合う
- ④ 職能団体の支援を受ける

●●実際の看護師の声●日頃からのネットワークの大切さ

「全国の病院から支援をいただきました。案じてもらえたことが大きな心の支えになりました。……職員の力も大きかったのはもちろんそうなんですけど、行政の力も大きかったと思うんです。連絡係は防災無線を使わせてもらって。ほんとうに、いろんなところに手回ししてくれたんです。救急車も市が回してくださいました。やっぱりバスでは搬送できない患者さんもいましたので。」



II

看護師自身のケア

災害の直後、被災地の病院の看護師（とくに看護管理者）は、使命感から我が身を顧みず、患者ケアに専念しがちです。同時に被災した家や家族・身内の安否が気になりで内心葛藤を抱えながらも、連日病院に寝泊まりして非常事態の患者ケアに専念しなければならないこともあります。しかし、このように頑張り続ける状態は、災害に特徴的なストレス反応を引き起こす危険があります。それは自覚しにくく、やがて心身症状や燃えつき症候群につながるおそれがあります。

看護師が心身の健康を維持することはとても重要です。そのためには、個人としては、① 災害時に特徴的なストレス反応について知識を持ち、② セルフケアに努める必要があります。そして、③ チームワークと管理者の対応も重要な意味をもちます。

1 災害時の看護師のストレスと心身の反応

*災害時には看護師は尋常でないストレス状況に陥り、様々な心身の不調を体験する。あらかじめ災害時のストレスと心身の反応について知識をもつことは、被災後のストレス反応の早期の回復に役立つ。

*ストレス反応は自覚しにくいいため、災害時には看護師同志で互いの気づきを高め合い、ストレス反応の回復に努める。

1) 惨事ストレスによる心理的反応

災害に遭遇した看護師は、惨事ストレス^{脚註1}による様々な心理的反応を体験します。これらの反応は「異常な状況のもとでの正常な反応」です。多くの場合は自然に回復していきますが、個人差があります。ストレス反応の回復に努めるとともに、反応が長引き苦痛を伴う場合には専門家に相談しましょう。

惨事ストレスを体験する状況

- ① 看護師自身も死の恐怖を感じる
- ② 被災状況下で患者の死を目の当たりにする
- ③ 損傷の激しい遺体に接する
- ④ 子供の遺体に接する

惨事ストレスによる特徴的な反応

- ① 寝食を忘れ無我夢中で行動する、不眠、イライラ（過覚醒）
- ② 被災直後の出来事の悪夢を見る（再体験）
- ③ 呆然自失、記憶が途切れている、感情がわからない（解離）
- ④ 被災直後の体験について語りたくない（回避）
- ⑤ 「生きていていいのか」「もっと支援できたのではないか」という罪責感（サバイバーズ・ギルト）
- ⑥ 組織内での葛藤や温度差、怒りや不信

脚註1 惨事ストレス

職務を通じて、トラウマ（心的外傷）を引き起こすような出来事や被災者に接することによって生じるストレスのこと。

●●実際の看護師の声●●過覚醒の後にどっとくる疲労

「1週間くらいなら働けましたけど。1週間はとりあえず働いたので。そのあと休み取らなかったら、たぶん体調崩してたかなって。・・・休憩なく働いてると、やっぱりちょっとハイになってくるっていうか、気持ちが高ぶってきて、どんどん動けて。完全に、いつもの自分じゃないですね。(休みがとれたときは)一日中寝てましたね。その日はもう動きたくなくて、一日中寝てました。ただ、お風呂とかにも入れなくて、ちょっと体中べたべただったんですけど。・・・もうぼろぼろです。」

2) 対象喪失に伴う悲嘆反応

災害によって看護師も存在基盤を揺るがされます。ときには家族や知人を亡くし、家や財産を失い、同僚や患者さんを失うなどの深刻な喪失体験がもたらされます。多くの場合、患者ケアに専念する看護師はゆとりのない中で、自らの喪失体験を語る機会を持つことができません。深刻な喪失を体験した看護師には、語ることを通して喪の作業^{脚註2}が進むよう、周囲の者は悲嘆の表出を妨げず寄り添うかわりをもつことが大切です。

対象喪失に伴う悲嘆反応が生じやすいケース

- ① 自分の家族や知人が死亡した、または行方不明である
- ② 自宅が被災した
- ③ 同僚や患者が死亡した、または行方不明である
- ④ 職場が被災した

●●実際の看護師の声●●喪失感とサバイバーズ・ギルトで離職に

「自分自身、すごい喪失感があって。職員が亡くなったり・・・、やっぱり患者さん亡くしたっていうことでものすごいショック。で、(水の中で)自分がこう放されて浮き上がったのに、救いきれなかったっていうような気持ちで、自分が生きてよかったのかなあとか・・・。自分が辞めるときも、やっぱり・・・自分がその場においていいんだろうかみたいな気持ちの方が強くて、消えるみたいな感じで、自分で退職って決めてしまった。」

脚註2 喪の作業

十分に嘆き悲しむことを通して少しずつ対象喪失を受け入れていく悲嘆のプロセス。喪の作業が進まないと、悲嘆反応の遷延化やうつ病、心身症などに陥る可能性がある。

3) 生活の変化に伴う二次的ストレス

自宅の被害が大きく避難生活や転居を余儀なくされる、あるいは住むことが可能でも修繕や片づけを要する、家族の失業や転勤・転学、家庭内の役割の変更など、災害にともなう生活上の変化は様々な二次的ストレスをもたらします。深刻な場合には業務に集中できなかつたり、コンディションを崩すこともあり、周囲の配慮が必要です。

二次的ストレスが生じやすいケース

- ① 避難所や仮設住宅等での避難生活を強いられている
- ② 転居した（する必要がある）
- ③ 自宅の大規模な修繕が必要である
- ④ 家族がバラバラになっている
- ⑤ 家族が失職した
- ⑥ 子どもが不安定である
- ⑦ 避難民を長期的に受け入れている

●●実際の看護師の声●●避難してきた親戚の受け入れがストレス

「避難してきてた人たちが家に来てて・・・、結構長い期間いたので、私的には震災のストレスより、そっちの避難民のストレスの方が・・・。義理（の親戚）だったので、特に。なんか今思えばそっちの方がストレスだったかな。」

4) 二次的外傷性ストレス

心的外傷や対象喪失の体験を抱えた患者や被災者に寄り添い、話を聴き、支援しようとかかわることによって、援助者にも対象者と同様のストレス反応がもたらされることがあります。看護師は、この二次的外傷性ストレスを生じやすいといわれています。共感的に傾聴することによってもたらされる二次的外傷性ストレスに留意し、一人で抱え込まないように、チームメンバーと共有する、一緒にかかわるなどの工夫をすることが大切です。

二次的外傷性ストレスが生じやすいケース

- ① 対象者と自分の被災状況が似ている（家族を喪失した等）
- ② ケースに単独でかかわっている
- ③ 対象者とのかわりの経験を話す機会がない

●●実際の看護師の声●●外来看護師の二次的被害

「やっぱり、私たちがアナムネ聴取のとき情が入っちゃって、自分が経験してないのに。二次被害なんでしょうね、そういうのは受けましたね。かわいそうだなあ、私でもそうなるだろうなあとかって思うことをたくさん見たり聞いたりしてるうちに、何かね。たぶん、外来棟のスタッフは皆そういう思いがあったんだと思う。交代要員は絶対必要ですよ。」

2 セルフケアに努める

「火事場の馬鹿力」という言葉があるように、緊急事態ではふだんは考えられないようなパワーが出るものですが、何日も続くものではありません。患者ケアや業務優先で自分のことを二の次にしがちですが、ストレス反応によるダメージを大きくしないために、意識的にセルフケアに努めることが大切です。以下はセルフケアに必須な視点です。

体温の保持（防寒対策）

- ① 利用可能な衣服（職員のもの・患者のもの）をかき集め、厚着する
- ② 可能であれば職員が自宅から衣服を持参し、厚着する
- ③ おむつや防水シート、新聞紙等を身体に巻き保温する
- ④ 全身が濡れた場合は速やかに着替え、毛布等で保温に努める
- ⑤ 休むときは身を寄せ合う

発災直後は空腹を感じず、食事抜きで活動してしまうこともあります。しかし、身体はエネルギーを消費しています。意識して、可能な範囲で定期的に食事をとることを心がけましょう。

食事を意識的にとる

- ① 食事ができない場合でも、水分補給は必ず行なう
- ② 食糧の確保が難しい場合、ストックされている食料を患者と分け合って食べる

睡眠と休息

- ① 休めるときにはしっかり休む
- ② 交代で休みながら対応する
- ③ 院内に休める場所を作り、そこで休息をとる
- ④ (安全な場合) 院外に出て職場を離れる時間を作る

ストレス反応に気づいたら無理せず休む

- ① イライラしたり怒りっぽくなっていることに気づいたら、ストレス反応(過覚醒)と受け止めて、無理せず休むようにする
- ② 数日経って張りつめた糸が緩んでくると、精神的に不安定になる場合もある。自覚したら休む
- ③ 身体的な不調が続く場合にも、ストレス反応と受け止めて、無理せず休む

●●実際の看護師の声●●自分の限界に気づく

「当日日勤した者がそのままいてとか、家庭の事情で帰った者もいましたけれども、そうですね、管理者たちはそのままずっと。でも10日ぐらいで限界でしたね。自分の気持ちがいびりいびりしてるのが分かって。スタッフが何かちょっとしたことで笑ったりしたときに、私、怒ったんですね。で、みんなに“疲れてるから怒るんだ”って言われた。そのときに、“あ、そうだ。自分が疲れてると、いい看護もできないし、スタッフにもつらくあたってたんだな”って。やんなくちゃ、やんなくちゃっていう思いだけで、もうね。疲労が、たぶん10日目ぐらいだと限界だったんでしょうね。ずっと泊まり込みで、着替えとか、そんなこと考えなかったのね。とにかく無我夢中でやってた感じです。」

●●実際の看護師の声●●ハイテンションの後にくる涙もろさ

「1日目あたりはあれなんですけど、2日目、3日目の朝ぐらいいですかね、涙もろくなってしまって。たぶん、2日目ぐらいまではテンションを上げてバーツとしなきゃっていうところがあったんですけど、3日目ぐらいから、ちょっと話してももう、ぼろぼろ、ぼろぼろ。精神状態は普通ではなかったんでしょうね、すごい泣いたのを覚えてますね。泣いては仕事して、泣いては仕事してみたいな。」

自分自身の生活も大切にす

- ① 直後期、家族の安否確認をする時間を確保する
- ② 直後期、可能であれば自宅の状況を確認する
- ③ 自分自身の被災体験にも目を向け、ストレス反応の回復と生活の立て直しに努める

3 チームワークと管理者としての対応

災害時は通常の指揮系統が機能せず、マンパワーの限界も生じます。チームワークと看護管理者の対応によって、組織として危機的状況を潜り抜けことが可能になります。フォローし合い、心を合わせて行動するチームワークを日頃から育んでおくことが大切です。

管理的立場の方はスタッフの被災状況や疲労の状況等をアセスメントし交代シフトを作るなど、長い目で見てチームの士気が保てるよう配慮しましょう。また、外部組織との連携や応援の必要性を検討し、ネットワークを活用して支援を求めましょう。

管理者は自分の生活や休息を後回しにしがちですが、意識的にセルフケアに努めましょう。

a. チームワーク

- ① 若いスタッフもできることを探し、積極的に動く
- ② 判断に迷うことは先輩に聞きながら行う
- ③ お互いにフォローし合う
- ④ 管理職も疲弊しているのでスタッフがフォローする
- ⑤ 病院と患者さんを守るという共通目標で団結する

b. 管理者として

スタッフの被災状況への配慮

- ① 家族の安否を確認する時間を確保する
- ② 自宅の様子を確認する時間を確保する

- ③ 家族を亡くしたスタッフに配慮する
- ④ 自宅の片づけを行なうために帰宅する時間を確保する
- ⑤ 通勤不可能なスタッフには病院内に寝泊まりする場所を確保する

●●実際の看護師の声●●みんなで患者さんを守るという気持ちで乗り越える

「スタッフに助けられましたね。自然とペア組んで、寝たきりの経管の患者さんの担当とか、もっと担当決めなきゃだめだとか、こっちの患者さんの担当決めようとか。自分たちでどんどん決めていくとか、スタッフがすごいんです。そのときの心強さというか。もう、みんな一生懸命でしたね。スタッフみんな、たぶん、何が何だか分からないままに、でも、この患者さんを見捨てられないという思いがあったんですね。とにかく病院の患者さんと一緒に生きてきた。この病院をとにかく何とかしなきゃなんないという、スタッフがすごかったですね。」

●●実際の看護師の声●●家族を亡くしたスタッフに配慮する

「うちの病院も結局、一例を挙げれば、ご主人とお子さんを亡くされてというような職員もいるんですけど、彼女は子1人親1人になってしまった。やっぱり子供と離れることにすごく不安を感じるという。で、朝、子供が学校に行くまで家にいたい。学校から帰ってくるときも自分がいてあげたい。そういう理由で勤務時間を9時から4時までにするとかいう対応をした者もありました。もちろん夜勤ができなくなったというふうな者もおりまして、それはそれなりに対処しています。」

スタッフの疲労への配慮

- ① ねぎらいと感謝の声をかける
- ② 状況が落ち着いてきたらシフト制にし、交代で帰宅したり休めるようにする
- ③ 院内で休憩スペースを作る
- ④ 少しでも職場を離れる時間を作る
- ⑤ 業務命令として強制的に休ませる
- ⑥ 入浴機会の提供など、できるだけ日常に触れさせる

●●実際の看護師の声●●スタッフを休ませるための管理者の工夫と配慮

「とにかく休む部屋を確保しようっていうことで、ここはこっちの部屋（患者さんがいるスペース）からは見えないように、見ないことって決めた。意識して。寝る部屋を確保する必要があった。少しでもスペースを広くして、ここで生活するっていうふうにしていったんです。あと、病院の外に行って気分転換を図るとかすることを話した。それでもみんなすぐ病棟に帰って来んです。それではだめだからって言って、外を一周して来なさい、と。まあ、がれきの中歩いたってね。そのうちに自衛隊のお風呂なんかできたので、そこに行って来るなんてことができるようになった。日常生活に触れることで少しでも癒やされるように、と考えました。」

病院に来られなかったスタッフへの配慮

- ① 病院に詰めている看護師と病院に来られなかった看護師がトラブルにならないよう配慮する
- ② 病院に来られない理由を病院にいるメンバーに説明する
- ③ 病院に来られなかったスタッフの心情に配慮する

●●実際の看護師の声●●スタッフを来られなくしている情報を伝える

「休みでいた人も来れなくなってしまったんです。橋が流された。だから、焦ったと思いますよ。むしろここにいるよりも、外から来れない人たちの方が悔しい思いとかしてると思うんです。ですから、私としては、そういう方たちといさかいが起きないようにっていう配慮はかなりしましたね。来れなくなっている人たちがいるっていうことは、皆さんにも随時話しをするようにして、来たときには「ご苦労さんね。大変だったね」って言う。こういう状況で来れなかったとかっていう情報を共有する。この辺はもう、この道路も損壊して来れない、この橋もだめになったとかっていうことは言うようにしましたけど。」

4 外部組織との連携、 応援システムの検討

1) 避難・転院等の支援要請

病院の被災度が高い場合には、避難、転院等の支援の要請が必要になる。

- ① 支援が来ない場合、院外に出て救助を求める
- ② 近隣の避難所や消防団員等とつながる
- ③ 行政の力を活用する（防災無線を借りる、搬送車の手配等）
- ④ 他病院とのネットワークを活用する
- ⑤ 職能団体のつながりを活用する

●●実際の看護師の声●●民間病院なので、すべて自分たちでやった

「民間（病院）の場合は精神科の転院にしても自分たちで交渉しなくちゃならない。交通手段もないし、電話さえ通じない中で、自分たちで行き先を決めて、決まったら今度は、車のチャーターから何から、それも自分たちで。ガソリンもない。それから、ああいう非常事態の中を走るっていう許可証（緊急車両の届け出）もいる。そういうのも全部自分たちでしたんですよ。」

2) 病院機能が存続している場合の外部支援の検討

- ① 医療支援を受け入れるか判断する
- ② ボランティアを受け入れるか判断する
- ③ 支援者に依頼する業務の割り振りを検討する

●●実際の看護師の声●●受援力を高める

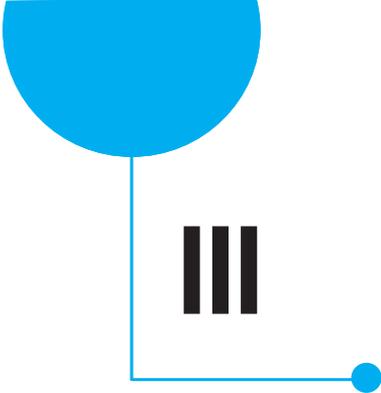
「今後は、交代要員をすぐ使えるようにしておくことです。精神科のノウハウがあるから、外から来た支援者に、重症な患者さんの看護をすぐ代わってもらうのは無理だと思うけど、できる場所はあるんじゃないか。おむつ交換とか、体位交換とか。やってもらえることはあったよなって思うんですよ。」

5 スタッフのメンタルケア （急性期を脱してから）

- ① 顕著なストレス反応による心身の不調が続いているスタッフを専門的なケアへつなぐ
- ② 遺族ケアを担当するスタッフに対しては、とくに二次的外傷性ストレスに留意してフォローする
- ③ 家族と過ごす時間が確保できるよう配慮する
- ④ 当時を振り返る機会をもち、できなかったことへの自責の念を表出するとともに、肯定的フィードバックにより、できたことを共有する

●●実際の看護師の声●●職員メンタルケアの必要性

「そのときは必死だからね、感じてないですけど。そういう役割（職員のメンタル的なフォロー）をしてくれるというのも必要だね。病院に中にそういう部署があって、何かあったとき、スタッフのフォローっていうものをちゃんとしていかないとだめだなって思う。もしかしたら、そのとき本人は気づかないかも。でも、ちょっとした声かけがあったりするだけでも絶対に違うと思う。・・・看護師は、患者のためにやっぱりいろんなものを捨ててっていうか、仕事に当たるわけですよ。だからこそ、そういうところ（職員のメンタル）のフォローっていうのは、早い時期から、できればあるべきじゃないかなあってすごく思いますね。」



III

災害時のメンタルヘルス (基礎知識)

1 災害の定義と分類

1) 災害とは？

一般的に災害という言葉でイメージするのは地震や台風などであろう。しかし、地震や台風のすべてを災害とは呼ばない。被害や損失が、被災地域の対処能力を超え、生活や社会に及ぼす影響が大きいとき「災害」となるのである。

日本の災害対策基本法では災害を以下のように定義している。

暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう。

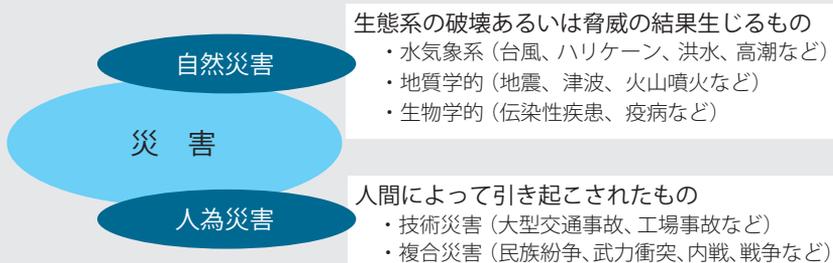
（災害対策基本法、第2条）

国際的には災害にあたる言葉としては英語の Disaster が一般的に用いられる。災害の原因となる現象や状況（暴風や豪雪、津波など）を Hazard（ハザード）と呼ぶ。

2) 災害の分類

災害は原因によって自然災害と人為災害に分けられる（図1）が自然と人為の複合型も考えられる。また、災害の規模による分類（大規模・小規模）や発生場所による分類（都市型・地方型）もよく使われる。

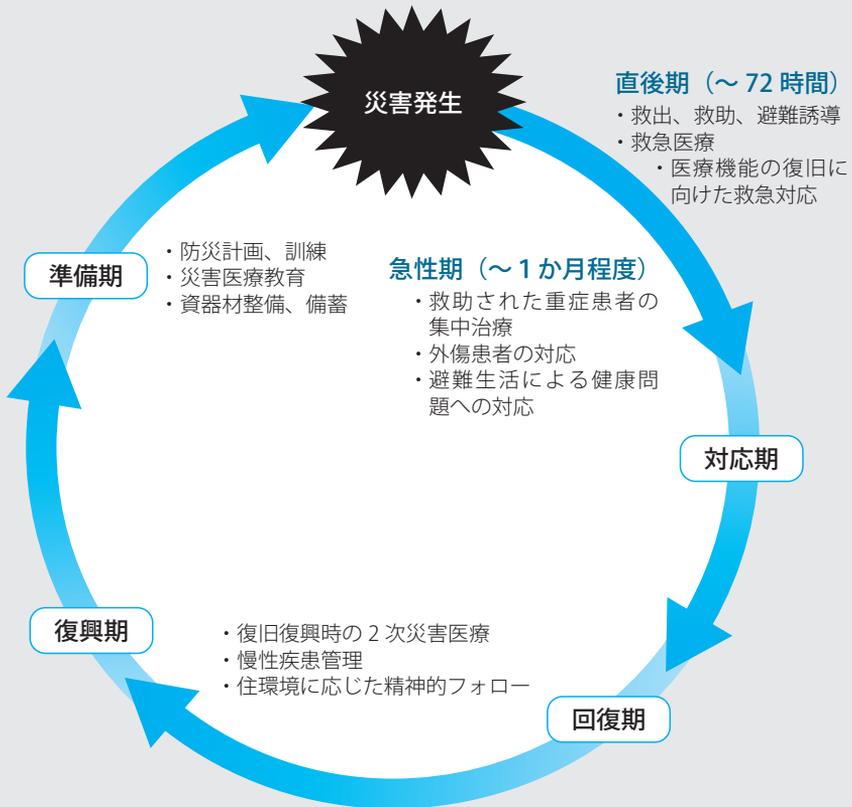
図1 災害の原因別分類



2 災害サイクルと医療活動

災害への対応と対策は、災害発生をはさんでいくつかの時期に分けて考える。図2にその一例を示す。

図2 災害サイクルと医療活動



*災害サイクルは南裕子、山本あい子（編）：災害看護学習テキスト概論編、P17の図1-1-8（日本看護協会出版会、2011）をもとに作成。ただし対応期までの区分は本書の記述にしたがって改変した。ちなみに、元図では、対応期を救出・救助・救急医療期（～48時間）、急性期（～1週間）、亜急性期（～2～3週間）の3期に区分している。

時期の分け方についてはさまざまな考え方があるが、重要なことは、これらの時期は連続していて、1つの災害への対応は次の災害準備へとつながっているということである。それゆえ「災害サイクル」と呼ばれる。

1) 災害時の医療活動

大規模な災害発生時、医療機関には負傷した多くの被災者が一度に訪れることになる。しかし、同時に施設も被災している場合、医療活動にも困難をきたす。電気や水などライフラインの途絶、交通機関の寸断によりスタッフが来られないという事態も起こりうる。そうなると、医療・看護の需要と供給のバランスが大きく崩れる。

災害の対応期（急性期、亜急性期）はとくに、負傷者の緊急度と重症度に合わせてトリアージ（Triage）を行ない、それに従って治療（Treatment）、搬送（Transportation）を行なう**3Tの原則**が重要となる。

2) トリアージ

トリアージとは、限られた人や物などの条件の中で、最大多数の負傷者に最善の医療を提供するため、医療の優先順位をつけることである。

トリアージ実施者は周囲からわかるようにし、気道解放と止血処理以外の処置や治療に参加せずトリアージのみを行なっていく。トリアージの判定に異議の申し立てをしてはならない。

トリアージは1回で完結するのではなく時間の経過と共に修正される。

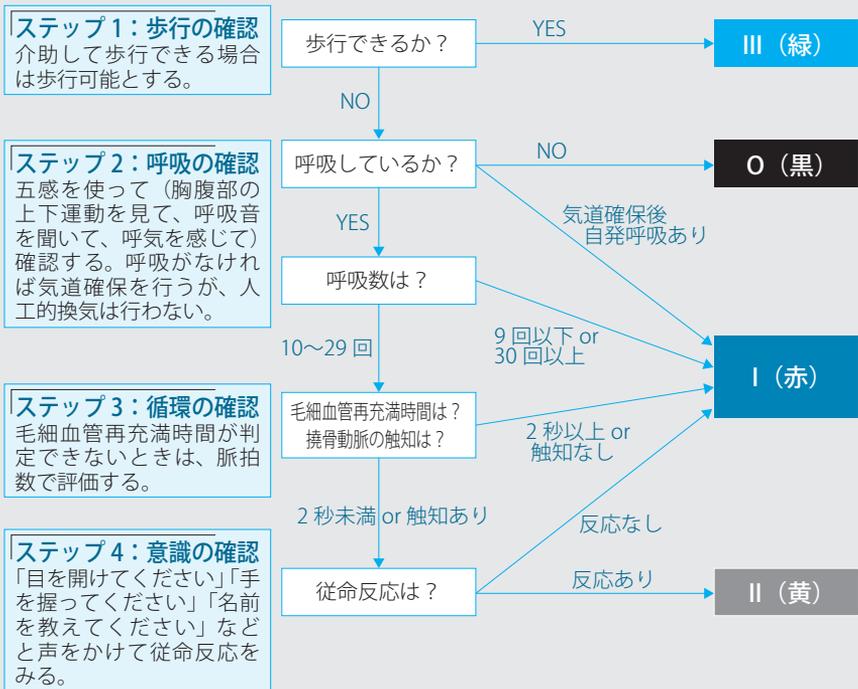
現在日本では、優先順位を4つに区分している（表1）。トリアージを短時間で行なう一つの方法としてSTART法（図3）がある。

災害時、看護師はその場に居合わせた医療者として、トリアージ実施者となる可能性がある。トリアージ実施者は、命の平等と優先順位の決定、資源の公平な分配といったことに大きなジレンマを感じる。最大限努力して判断を下した結果であったとしても、救えなかった命があることを思い、後々まで痛みを抱えがちである。もし自分の心身の変化を意識したら、抱え込まずに、話せる人に話すようにしたい。

表1 優先順位

I 緊急治療群 (赤)	生命を救うために、ただちに処置を必要とするもの
II 非緊急治療群 (黄)	多少治療の時間が遅れても、生命に危険がないもの
III 治療不要もしくは軽処置群 (緑)	軽微な傷病で、ほとんど専門医の治療を必要としないもの
0 死亡もしくは救命困難群 (黒)	死亡している、または処置を行っても蘇生の可能性のないもの

図3 START法 (Simple Triage and Rapid Treatment)

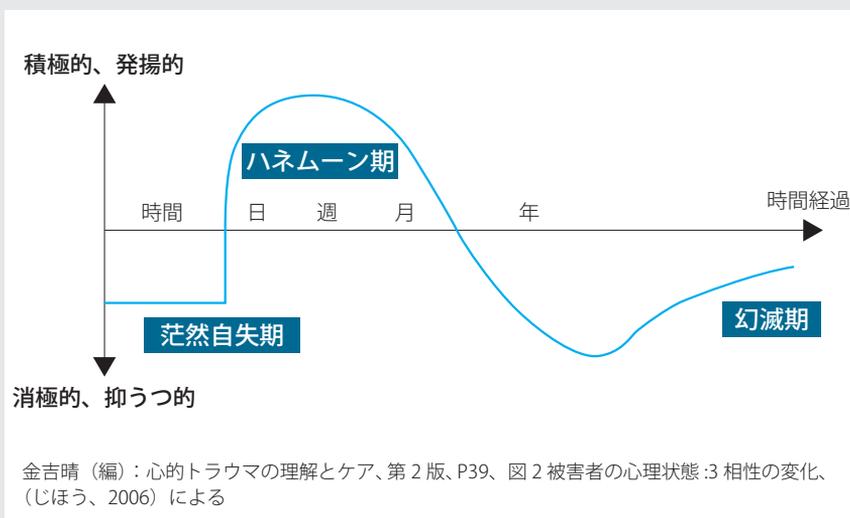


日本赤十字社事業局看護部編：系統看護学講座統合分野災害看護学・国際看護学、P77、図2-13（医学書院、2013）より

3 被災による心理状態の変化

災害発生後、被災者の心理状態は図4のような段階を踏んで経過すると言われている。被災者の心理、ニーズは時々刻々と変化し個人差も大きいため、柔軟な対応が必要である。

図4 被災による心理状態の変化



茫然自失期：災害発生後数時間から数日間

ハネムーン期：災害発生数日後から数週間または数か月間。被災者は災害後の生活に適応したかに見え、被害の回復に向かって積極的に立ち向かい、愛他的行為が目立つ時期

幻滅期：災害発生数週間後から年余。メディアが被害を報じなくなり、被災地外の人々の関心が薄れる頃、被災者は無力感、倦怠感にさいなまれるようになる

4 災害ストレスによる心身の影響とケア

1) 心的外傷後のストレス反応

災害直後、被災者は様々な心身の変調をきたす。これらは、通常の適応力では対処できず生じた「異常な事態における正常なストレス反応」であり、多くの場合時間の経過と生活変化や街の復興、日常生活への回帰によって徐々に軽減してゆく。しかし、死の恐怖や絶望感など精神的苦痛が大きかった場合、心的外傷（トラウマ）となる可能性がある。

心的外傷とは、外界の圧倒的な事態に曝されることによって自我が著しく脅かされ、安全感や安心感が覆され深刻な心理的影響を受けることである。表2に示したストレス反応は、そのベースに心的外傷がある可能性がある。被災者のケアに際しては、そうした反応に注意して、心的外傷を大きくしないよう予防的にかかわることが重要である。第一に必要なことは、安全の確保と、生活ストレスの軽減である。被災者間で自然にネットワークが生まれるものであるが、そこから孤立しがちな人に対しては積極的に声をかけて援助者の存在を知らせることも大事である。

表2 心的外傷後のストレス反応

情緒面	<ul style="list-style-type: none"> ・わけもなく不安になる ・気分が沈みわけもなく泣きたくなる ・イライラして怒りっぽくなる <p style="text-align: right;">など</p>
思考面	<ul style="list-style-type: none"> ・集中力が鈍る ・考えがまとまらない <p style="text-align: right;">など</p>
行動面	<ul style="list-style-type: none"> ・興奮しやすく、突然怒りが爆発したりする ・他人と距離をとり、一人で行動する ・飲酒・喫煙量が増える <p style="text-align: right;">など</p>
身体面	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛やめまい、吐き気、胃痛、便秘などの胃腸障害 ・疲れやすい、風邪をひきやすい <p style="text-align: right;">など</p>

2) 生存者の罪悪感（サバイバーズ・ギルト）

多くの人が悲惨な目に遭ったのに「自分だけは免れた」ことに対して、生き残った人が罪悪感を抱くことがある。これは、生存者の罪悪感（サバイバーズ・ギルト）と呼ばれる。とくに肉親を亡くした人や悲惨な死を目撃した人が抱きやすい。この気持ちが喪失からの回復を妨げ、抑うつ感を長引かせることになり、メンタルヘルス上の問題となることがある。

3) 生じうる精神疾患とケア

発災直後は「正常なストレス反応」であったとしても、心身の不調がなかなか治まらない場合には注意が必要である。急性ストレス障害や外傷後ストレス障害、睡眠障害やうつ病、アルコール依存症などの精神疾患が隠れている場合もある。できるだけ早期に専門的な治療を受けられるようにする。

急性ストレス障害（ASD：Acute Stress Disorder）

外傷的な体験の後、顕著な症状や障害が3日～4週間持続する場合。感情麻痺や現実感の消失などの解離性症状、フラッシュバックなどの出来事の再体験、外傷を想起させる刺激の回避、強い不安症状や覚醒亢進などの症状による、著しい苦痛、社会的、職業的な機能の障害を伴う。

外傷後ストレス障害（PTSD：Post-traumatic Stress Disorder）

外傷的な出来事の持続的再体験、外傷と関連した刺激の持続的回避、一般的な反応性の低下、持続的な覚醒亢進などの顕著な症状や障害が1か月以上持続し、著しい苦痛や社会的・職業的な機能の障害を伴う場合。

a. 急性ストレス障害や外傷後ストレス障害のケア

さまざまな罪責感を抱き苦しむ人々に対しては、トラウマ体験や感情を無理に話させることはせず、支持的にかかわることが基本である。「あなたの行動が間違っていたのでも、あなたが弱かったからでもない。だれしも起こりうる反応である」ことを伝え、自責感情を和らげる。また、食事や睡眠がとれるよう配慮し、安全だと感じる環境を整える。

外傷後ストレス障害のスクリーニングテストとしてIES-R、K-10が使われている。これらは、被災者だけでなく、救援にあたる人たちにも有用である。

b. 睡眠障害のケア

災害後の正常反応として、不眠症状が見られる。眠れる環境の工夫を援助し、眠れなくても静臥し休養をとってもらおうよう伝え、安心感を与える。しかし、被災後1か月以上たっても不眠が持続する場合は、注意が必要である。特に、眠れないことで不安や苦しみが強まる、悪夢を見る、日中の眠気や倦怠感が強いなどの症状が伴う場合は、何らかの精神疾患も考えられる。

災害後2週間以内での高齢者の場合、不眠症と認知症、せん妄の鑑別も必要である。

c. うつ病のケア

被災者の間では抑うつ的な状態もよくみられるが、その状態が一定期間以上重い状態で継続した場合はうつ病と診断される。本人は意欲の低下を自覚していないこともある。客観的なアセスメントが必要である。睡眠と食欲、食事を楽しめているかどうかについて尋ね、それがいつから始まり、どのくらい続いているか確かめ、治療的な介入の必要性を判断する。生活の様子に関する情報は、周囲で生活する人が把握していることが多い。また、本人のうつ状態が家族に影響していることもあるため、家族も含めたアセスメントが必要である。

自殺の可能性が考えられる場合は、早急な対応が必要である。

d. 依存症のケア

被災者の嗜癖行動が増加することも多い。また、アルコールなどの依存を持っていた人が、アルコール飲料が入手できないために急性の離脱症状を示すこともあるので注意が必要である。この離脱症状は、早ければ飲酒の減量や断酒後7時間頃から始まり2～4日後にピークを迎える。重篤な場合には、その後3～4日間ほど持続する。軽い症状としては、イライラ感や不安などの不快感、心悸亢進や発汗、体温上昇などの自律神経症状、手指、体幹の振戦などがある。重篤なものではけいれん発作や振戦せん妄（粗大な振戦、精神運動興奮、幻覚、意識障害など）が見られる。

アルコール依存症は、うつ病や自殺との結びつきも強い疾患であり、災害後短期的にも長期的にも支援が必要である。

避難所においては被災者間のトラブルの原因となりやすいため、アルコール飲料の持ち込みを制限する。

4) 災害時のメンタルヘルスケアの戦略

- ① 現場に出かけていく（アウトリーチ outreach）
- ② 「精神科」あるいは「こころ」という看板を掲げすぎない
- ③ 生活全体の支援を考え、求められていることを行なう
- ④ 被災者の心理に関する正しい知識を持つ
- ⑤ 精神症状をスクリーニングする
- ⑥ 関係する諸機関が相互の連携を図る
- ⑦ 救助者のメンタルヘルスの維持に努める

金吉晴（編）：心的トラウマの理解とケア、第2版、p62、じほう、2006より

5 喪失体験とグリーフケア

1) 災害時の喪失体験

災害時には、大切な人との死別、自宅の損壊、住み慣れた場所からの転居、仕事やコミュニティの中での役割の喪失など、喪失体験が起こりやすい。喪失体験には大きなストレスと悲しみが伴うが、多くの人は時間とともに、喪失体験にその人なりの折り合いをつけ適応していく。

大規模災害では多くの死者が発生する。一般的に死別を体験した人は、【心の麻痺の段階】【切望の段階】【混乱と絶望の段階】【回復の段階】という悲嘆過程を経て故人のいない生活に適応していく。表3の各段階を往ったり来たりすることや、2つの段階が同時に起こる場合もある。

2) グリーフケア

グリーフケアとは、大切な人との死別を体験した人が喪の作業（☞ P29 脚註）をとおして現実を受け入れられるようにする援助である。援助者は、大切な人との死別を経験した人の話に耳を傾け、故人の尊厳を守り、遺族の苦痛を理解するように努める。安心して気持ちを話せる信頼関係を築き、遺族が悲嘆過程を進み、回復に至れるように援助する。

サイコロジカル・ファーストエイド^{脚註3}では、死別を体験した人の心理的反応は起こって当然の反応であることや、悲しみ、孤独感、怒りが続くのは一定期間であることを伝えることが推奨されている。

喪失体験をした人の中には、強い悲しみのために順調な日常生活を送ることが困難になる人もいる。元々の心理的問題が潜んでいる場合や、うつ病やアルコールの問題が影響している場合もある。専門家の支援が必要な人を見極め早期に専門的な支援につなげることも重要である。

表3 悲嘆過程の一般的段階

心の麻痺の段階	<ul style="list-style-type: none"> ・ショックを受ける ・死の事実を認められない
切望の段階	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち込みや悲しみ。故人を探し求める ・故人が活着しているような感じがする
混乱と絶望の段階	<ul style="list-style-type: none"> ・怒りや罪悪感。故人を非難する ・死の現実に抵抗する
回復の段階	<ul style="list-style-type: none"> ・故人のいない生活に慣れる ・社会的役割や生きがいを再発見する

C.M. パークス, 桑原他訳: 改訂死別遺された人たちを支えるために, メディカ出版, 2002 より作成



被災者は話を共感的に受け止めてくれる人がいれば、気持ちを表出することができるので、心を寄せて、体験を傾聴する姿勢が大切ね。でも、たくさん話をしなくてはいけないと感じさせてはいけないわ。詳細を聞きだそうとしたりしないで、相手のペースに合わせて話を聞きましょう。

脚註3 サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid)

災害やテロの直後、トラウマ的出来事によって引き起こされる初期の苦痛の軽減、短期・長期的な適応機能と対処行動の促進を目的とした緊急的介入方法 (アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク, アメリカ国立 PTSD センター「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版」兵庫県こころのケアセンター訳, 2009年3月. <http://www.j-hits.org/>)

6 看護師自身のケア

1) 災害時の看護師の特徴

災害時の看護師は、惨事ストレス（☞ p28, 脚註）、個人の被災状況、役割の負荷、組織内の葛藤などの影響を受けながら活動を行なうことになる。惨事ストレスの反応としては、気分の高揚、無念さ、現実感がなくなるなどの心の反応や、動悸、立ちくらみ、呼吸困難などの身体の反応がある。

大規模災害においては、通常の適応力では対処できず、異常事態に対する正常なストレス反応として、心身の反応が生じている。遺体関連業務に関わる場合には、特に心身への影響が出やすい。

個人の脆弱性や二次的ストレス（災害に伴う生活上の変化によって生じるストレス ☞ II-1-3）、p 30）が重なる場合には、PTSD、抑うつ、心身症などの精神的問題に発展する場合があります、注意が必要である。

2) 看護師自身のストレス対処法

患者や被災者のケアにあたる看護師は、自身も被災者であることが多い。看護師自身、ストレスの影響から心身を守ることが大切である。そのために、以下のことを意識的に実践する（☞ 災害時の看護師自身のケアの具体的な方法については、IIを参照）。

a. ストレスの自己管理

- ① 自己の心身のストレス反応に気づく
- ② 休息や気分転換を心がける。
- ③ リラクゼーション（ストレッチ、深呼吸、体操など）

b. セルフケアの維持

- ① 水分補給を定期的にする
- ② 栄養、睡眠を意識的にとる
- ③ 活動しすぎないように、活動と休息のバランスを心がける

c. 自己肯定と同僚との相互サポート

- ① こまめに声をかけあう
- ② お互いに頑張りをねぎらう
- ③ お互いの心身のストレス反応に気づく

d. ミーティングによるストレス緩和

- ① その日に体験したことや感じたことを話し合う
- ② 自分の体験を話したいときには、我慢せずに話す
- ③ 話したくない場合には、無理に話さない

看護管理者は、個々の看護師の疲労度を考慮しながら勤務体制の工夫をしたり、ミーティングを開催したりする。とくに心理的負荷が強いと思われる看護師に対して気を配り、休むことを促す。また、外部からの支援を受ける際の調整役を果たす。

付 録 1

日本精神保健看護学会の災害支援活動

災害時に、学会としてできること

2011年3月11日の東日本大震災発災後、日本精神保健看護学会（以下、本学会）が行なってきた災害支援活動についてまとめ、合わせて学会に課せられた課題等を示す。

1. 災害支援事務局の設置

本学会は、2011年3月11日の東日本大震災発災後、3月18日に野末聖香副理事長（当時）のものちに、災害対策事務局を設置した。「東日本大震災の被災者支援のために有用な情報を収集・発信し、関係する学会や団体等と連携して可能な限り支援活動を推進すること、および被災者支援を行う看護者のこころの健康をサポートすること」を目的とし、活動の焦点を以下の3つとした。

◆災害支援活動の焦点

- ① 災害支援に役立つ情報の収集・発信
- ② こころのケアに関する研修会の開催
- ③ 他団体との連携活動

その後、次第に、以下が加わっていった。

- ④ 被災地の看護師支援
- ⑤ 防災に関する新たな知の構築

【事務局メンバー】(50音順、所属は当時)

石井美智子(慶應義塾大学看護医療学部)、小高恵実(上智大学総合人間科学部看護学科)、小山達也(東京女子医科大学看護学部)、佐藤寧子(慶應義塾大学看護医療学部)、福田紀子(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科後期博士課程)、野末聖香(慶應義塾大学看護医療学部)

1) 災害支援に役立つ情報の発信

主に災害時のメンタルケアに焦点をあてて、本学会 HP 上に災害支援に役立つ情報を掲載し、同時に日本看護系学会協議会の震災支援関連情報サイトとリンクを張るなどして、情報の発信に努めた。掲載した情報は、

- ・サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き
- ・こころのケアチームマニュアル
- ・災害時の地域精神保健医療活動ガイドライン
- ・サバイバー・ギルト：災害時の人々の心を理解するために

などである (付録 2、p 65 参照)。

2) 研修会の開催

「災害による心理的影響と被災者・援助者のこころのケア」と題して、本学会理事・近澤範子氏により、東京、神戸で2回の研修会を開催した。

講義では、災害による心理的影響や、被災者への心のケアの方法について、初期から中長期にわたり解説されるとともに、技法として、アクティブリスニング法や心理教育的アプローチ法、ストレスマネジメント法などが紹介された。また、救援活動によって援助者自身に起こりやすい心理的影響の説明とともに、援助者へのメンタルヘルス支援の方法として、デブリーフィング法などがわかりやすく伝えられた。参加者数は、4月(東京)94名、5月(神戸)40名であった。

被災地に赴く支援者が心得ておくべきこと (近澤範子氏 講演資料より)

- ① 援助によってもたらされる心身の反応と対処の仕方を理解し、備えたうえで臨むこと
- ② 継続的な支援を展開できる体制のもとで活動に参加すること
- ③ 一人で抱え込まない体制で現地に向かうこと
- ④ 被災地での活動を終えて日常に戻るときにもストレス反応が生じることを理解し、備えたうえで向かうこと

3) 他団体との連携活動

《連携して情報の交換や支援活動を行なった主な団体》

日本精神神経学会東日本大震災対策本部／日本精神保健医療従事者懇談会／日本総合病院精神医学会／日本看護系学会協議会／宮城県看護協会／みやぎ心のケアセンター／国際基督教大学／宮城学院女子大学／日本精神科看護協会宮城県支部

4) その他

6月までの活動にをもとに、Nursing Today 誌の特集「震災後を支える看護——こころのケアを中心に」(2011年8月号)の編集に協力した。「中長期支援：これからケアにあたる看護職へのメッセージ」をテーマとして、本学会員が以下を寄稿した。

田中美恵子：東日本大震災における日本精神保健看護学会の役割

近澤範子：災害のストレスによる慢性期・復旧復興期の心身の健康問題と心のケア

安保寛明：東北に暮らす心のケアの一員として

塩飽仁：子どもたちが「日常」を取り戻すための支援を

山内典子, 安田妙子, 高橋はづき：チーム連携を大切にその場そのときの要望に応じたケアを

宇佐美しおり：被災者にも支援者にも必要とされるケア

その中で、活動の課題としては以下が挙げられている。

- ① 被災地で支援にあたっている精神看護の看護師の経験を広く収集して、今回の経験が活かされるように、災害時の心のケアに関する知識や技術を集積していく。
- ② 被災地支援にあたる精神看護の看護師によるセミナーを継続的に開催し、災害後の心の支援の必要性について周知していく。
- ③ 支援者のために、心のケアについての研修会を開く。
- ④ 被災地とのネットワークを構築して、学会員が被災地支援に出かけられるようなシステムを整える。そのための情報を提供する。
- ⑤ 他機関と連携し、災害支援活動を広く展開する。

2. 災害支援特別委員会の設置

2011年6月の本学会総会において「災害支援特別委員会」の設置が承認され、特別予算として50万円が計上された。第I期災害支援特別委員10名および

力委員 8 名が決定した。任期は 2012 年 6 月までであった。

【第 1 期災害支援特別委員会委員】(50 音順、所属は当時)

安保寛明(岩手晴和病院)、宇佐美しおり(熊本大学大学院生命科学研究所)、大川貴子(福島県立医科大学看護学部)、木戸芳史(聖路加看護大学)、小山達也(東京女子医科大学看護学部)、高橋葉子(東北大学病院)、田中美恵子(東京女子医科大学看護学部)、近澤範子(兵庫県立大学看護学部)、濱田由紀(東京女子医科大学大学院博士後期課程)、山内典子(東京女子医科大学病院)

【第 1 期災害支援特別委員会協力委員】(50 音順、所属は当時)

阿部幹佳(宮城大学看護学部)、嵐 弘美(東京女子医科大学看護学部)、安藤幸子(神戸市看護大学)、異儀田はづき(東京女子医科大学看護学部)、川名典子(杏林大学医学部附属病院)、佐藤寧子(慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科)、近田真美子(東北福祉大学健康科学部保健看護学科)、安田妙子(東京女子医科大学病院)

なお、委員には、岩手、宮城、福島で、それぞれ活発に支援活動を展開されている学会員 3 名に加わっていただいた。被災地の方々を含めることには、負担を増やすのではないかとの懸念もあったが、現地で活動される方をおとして被災地とのつながりを保つことができた。一方で、そうした方々に負担にならないような形で活動を展開することも課題であった。

3. 2011 (平成 23) 年度の活動

1) 理事会企画セミナー

6 月の学術集会で、理事会企画セミナーとして「看護師による災害支援の実際——私たちはどうしたか？」を開催した。災害支援特別委員で、現地で支援活動を展開している岩手県の安保寛明氏、宮城県の高橋葉子氏、福島県の大川貴子氏が話題提供者となり、被災地での活動の実際が報告された。当事者から直接聞いたことによる学びはおおきく、学会員同士で体験を共有する機会となった(日本精神保健看護学会誌、20 巻 2 号に掲載)。

2) 気仙沼の看護師支援

災害支援特別委員 高橋葉子氏のアレンジにより、宮城県看護協会、みやぎ心のケアセンター、日本精神保健看護学会災害支援特別委員会の共催で、気仙沼の看護師を対象にサポートグループを 2 回実施した。1 回目は 2011 年 10 月 22

日に実施し 28 名が参加、2 回目は、2012 年 2 月 4 日に実施し 15 名が参加した。

1 回目は「災害後の看護師の心のケア」（講師・高橋葉子）をテーマに講演の後、サポートグループ（語り合いの会）を実施した。2 回目のテーマは「災害後のグリーフケア」（講師・小山達也）で、同じく講演後にサポートグループを行なった。

●サポートグループ（語り合いの会）の実施要領

a. 語り合いの会（1グループ5名程度）

- ・自己紹介、今の気持ち
- ・震災後看護師として仕事をする中で、大変だったこと、頑張ったこと（それぞれが話せる内容、黙って聞いているだけでも OK）
- ・感想
- ・全体茶話会
- ・アンケート記入

b. スタッフ アフターミーティング

【会の進め方】

- ① グループにファシリテーターとサブファシリテーターがつく
- ② ファシリテーターが開始の挨拶をし、自己紹介をして始める
- ③ トーキングベアを持った人がお話をする。ベアは順番に回す
- ④ 順番が来ても話す準備ができていない人はパスが可能
- ⑤ 会の進行中、気分が悪くなったり辛くなったりしたら、退席可能（その場合は、サブファシリテーターが追いかけていってフォロー）
- ⑥ ファシリテーターとサブファシリテーターは、参加者の話の中での行動を認め（褒め）、労う

【約束事】

- ① 会で聞いた話は参加者以外には漏らさない。
- ② 他人と比較せずに、自分の気持ちを話す。
* 侵入的な介入は絶対にしない。

サポートグループに参加して（アンケートより）（抜粋）

「看護師や支援する側の当日の状況や頑張ったこと辛かったことなど一人ひとりのお話が聞けて、辛くなることもありましたが、みんな医療者は無理して働いていたのだと感じました。」

「このように自分の思いを話せる場所がなかったので、話せてスッキリしました。改めて1人じゃないんだと実感でき、すごく心強かったです。」

「みんなも同じような気持ちでいるし、自分の話に共感してもらえて、心の中の感情を外に解放できたような気がしました。」

「スタッフの前では泣くことはできないと思っていた自分がいたと思います。素直に涙を流すことができました。」

3) 災害支援ジョイントプロジェクト

宮城学院女子大学発達科学研究所、国際基督教大学高等臨床心理学研究所、熊本大学大学院生命科学研究部、日本精神保健看護学会災害支援特別委員会による合同プロジェクトとして、震災復興心理・教育臨床センター(宮城学院女子大学)にて、「災害支援ジョイントプロジェクト」を実施した。宇佐美しおり氏が精神看護チーム臨床ディレクターを務めた。

本プロジェクト(代表者:宇佐美しおり)は、日本看護科学学会・日本看護系学会協議会災害看護支援事業の助成金を得た。

◆災害ジョイントプロジェクト(精神看護チーム)の目的

- ① 復興支援にあたる看護師・保健師からの相談対応と心理的支援
- ② 災害弱者である精神障害者の支援にあたる保健師、看護師、その他の医療福祉職を対象とした、精神障害者への対応方法やケアについての講演および相談会
- ③ 震災からのこころの回復に関連した講演、一般の方々を対象とした相談会

●実施されたプログラム

2011年12月10日(土) 15:30-16:30

事例相談会「災害支援において対応に困るケースへの対応」

相談担当者:本学会災害支援特別委員(安保寛明、ほか)

*日本精神科看護協会宮城県支部の協力により開催

2012年2月11日(土) 13:00-16:00

講演会「被災地で支援に当たる看護師・保健師への支援」

講師:近澤範子(本学会理事,兵庫県立大学看護学部教授)

講演会后、グループワーク

(日本精神保健看護学会誌、第21巻1号に活動報告掲載)

4) 石巻の看護師支援

災害支援特別委員 高橋葉子氏のコーディネートにより、石巻の被災病院（震災で病院が全壊し、診療続行不能となった病院）看護師を対象に、本学会理事 近澤範子氏が「災害後を生き抜くために」というテーマで災害後のメンタルヘルスについて講話を行なった。2012年3月4日に実施され、80名の参加があった。

参加者のアンケートからは、「阪神・淡路大震災の話が聞けて良かった」「災害経験者である先生のお話癒された」などといった感想があった。

講話終了後には、自然発生的に看護管理者へのコンサルテーションの場が作られ、被災した看護師への組織的対応について、近澤氏によるスーパーヴィジョンが提供された。

5) その他

12月に開かれた第14回日本看護系学会協議会シンポジウム「東日本大震災—いま、求められる看護系学会の活動 Part II」にて、「日本精神保健看護学会の災害支援活動」を発表した（日本看護系学会協議会のウェブサイト <http://www.jana-office.com/fatality/sympo/> で読むことができる）。

4. 2012（平成24）年度の活動

- (1) 6月の学術集会において、「理事会企画ワークショップ：東日本大震災において今できること—中長期支援の課題」を開催した（日本精神保健看護学会誌、第21巻2号に掲載）。
- (2) WHO The 9th International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery（神戸市、7月1日）において、本学会の災害支援活動について発表した。
- (3) INU (International Network of Universities) 世界展開力推進事業看護サマーセミナー（広島大学、8月9日）において、「東日本大震災後に日本の看護師はどのように動いたのか—日本看護系学会協議会、日本精神保健看護学会の活動から」のテーマで、田中美恵子氏が講演した。
- (4) 「震災後の心のケアについて」のテーマで、宮古地域の方々および宮古地域心のケアセンター職員を対象とした研修会を開催した（教育活動委員会・災害支援特別委員会共催。岩手県宮古合同庁舎、8月20日、21日）。講師：宮本真巳氏、コーディネーター：安保寛明氏。

- (5) 南三陸町コミュニティ復興支援プロジェクト「健康と復興まちづくりを考えるシンポジウム」(宮城大学大和キャンパス、11月17日)に参加した(本学会共催)。分科会3「これからの心のケアのあり方を考える—震災から1年半を経過した今、被災者の心のケアと課題」を主催した(本学会ウェブサイトに抄録を掲載)。
- (6) 海外に向けた情報発信として、英語版の東日本大震災に関する情報を本学会ウェブサイトに掲載した。

5. 2013 (平成 25) 年度の活動

- (1) 減災対策に役立つ知識の明確化を目的として、「東日本大震災における被災地の精神科病院看護師の体験に関する研究」を実施した。沿岸部の精神科病院の看護師17名を対象にデータを収集し、被災時の看護師の体験を明らかにするとともに、災害時の精神科病院における看護ケアの指針の作成に向けて質的分析を行った。本研究は2013年度日本精神保健看護学会研究助成を受けた。

研究代表者：高橋葉子

共同研究者：田中美恵子、近澤範子、宇佐美しおり、長谷川雅美、小山達也、嵐弘美、阿部幹佳、異議田はづき、飯塚あつ子、澤口利絵、小松容子、山内典子、濱田由紀、内野小百合

- (2) 日本精神神経学会災害支援連絡会に参加し、各団体と連携した。

6. 2014 (平成 26) 年度の活動

- (1) 2013年度から継続して研究データの分析を行ない、精神科病院で働く看護師のための災害時の看護ケア指針(本ハンドブックのこと。冊子以外に本学会ウェブサイトからダウンロードできるようにする予定)の作成に取り組んだ。
- (2) 「東日本大震災における精神科看護師たちの経験」セミナーを開催(教育活動委員会・災害支援特別委員会共催)し、これまでの活動、研究成果について報告した(東京女子医科大学、2014年12月6日)。当日は34名(会員23名、非会員11名)の参加があった。内容は以下の通り。

田中美恵子：災害支援特別委員会のこれまでの活動

山内典子：東日本大震災における精神科看護師たちの体験から得られる直後期・急性期の看護の視点と対応の指針

高橋葉子：東日本大震災における精神科看護師たちの経験（ナラティブ分析）
小山達也：災害後のグリーフケア

(3) 仙台市で開催された第3回国連防災世界会議（2015年3月14～18日）における日本看護系学会協議会主催のパブリックフォーラム「東日本大震災からの復興と生活再建に向けた看護系学会の活動」に参加し、本学会もこれまでの活動成果を発表した（発表者：高橋葉子氏。発表内容は日本看護系学会協議会および本学会のウェブサイトに掲載）。

(4) 第25回日本精神保健看護学会学術集会（つくば国際会議場、2015年6月27日）で、セミナー「災害支援特別委員会の活動報告—東日本大震災における精神科看護師たちの経験」を開催した。

これまでの災害支援特別委員会の活動経過を表（62-63頁）にまとめた。

7. 災害時に、学会としてできること—工夫と課題

これまで災害支援活動を振り返り、今後に活かすために、学会が災害支援活動を展開するうえで有用な工夫と、課題をあげる。

◆学会が災害支援活動を展開するうえで有用な工夫

- ① 被災地の方々とのネットワークを築く
- ② 会議を被災地で開く（被災地に出かける）
- ③ メール会議などの手段を活用して時間と経費を節約する
- ④ 本務とのバランスを上手にとる（無理をしないで、できることを少しずつ積み重ねていく。その時にできる人ができることをしていく）
- ⑤ 資金の獲得（公益社団法人日本看護科学学会災害看護支援事業災害看護支援資金など）

◆学会による災害支援に関連した課題

- ① 普段からの組織づくり、ネットワークづくり
- ② 支援活動を記録に留め、発信していく
- ③ 資金や時間の問題を解決していく
- ④ 災害時のこころのケアに関する教育をあらゆるレベルで行なっていく（基礎教育、大学院教育、学会での研修、被災地での研修など）
- ⑤ 災害に関連した新たな知の構築（そのための研究の奨励、推進）

表 ● 日本精神保健看護学会災害支援特別委員会の活動経過

年	月	活動内容
2011年 (平成23年)	3月	・災害対策事務局設置
	4月	・研修会「災害による心理的影響と被災者・援助者のこころのケア」(東京)
	5月	・同上 (神戸)
	6月	・災害支援特別委員会の設置 ・理事会企画セミナー「看護師による災害支援の実際—私たちはどうしたか?」開催。学会誌第20巻2号に掲載(2011.12)
	8月	・「中長期支援：これからケアにあたる看護職へのメッセージ」(Nursing Today 2011年8月号)
	10月 12月	・気仙沼看護師支援① 講演とサポートグループ ・災害支援ジョイントプロジェクト①(仙台) 事例相談会「災害支援において対応に困るケースへの対応」 ・第14回日本看護学会協議会シンポジウム「東日本大震災—いま、求められる看護学会の活動 Part II—」にて、「日本精神保健看護学会の災害支援活動」を発表
2012年 (平成24年)	2月	・気仙沼看護師支援② 講演とサポートグループ ・災害支援ジョイントプロジェクト②(仙台) 講演会「被災地で支援に当たる看護師・保健師への支援」講演会後、グループワーク
	3月	・石巻看護師支援：石巻の被災病院にて「災害後を生き抜くために」というテーマのもと講話とスーパービジョン
	6月	・学術集会において、理事会企画ワークショップ「東日本大震災において今できること - 中長期支援の課題」を開催。学会誌 第21巻2号(2012.11)にその内容を掲載
	7月	・WHO The 9th International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery (神戸市)において、本学会の災害支援活動について発表
	8月	・INU(International Network of Universities)世界展開力推進事業(看護サマーセミナー、広島大学)において、「東日本大震災後に日本の看護師はどのように動いたのか、日本看護学会協議会、日本精神保健看護学会の活動から」のテーマで講演 ・「震災後の心のケアについて」(岩手県宮古合同庁舎)のテーマで、宮古地域の方々および宮古地域心のケアセンター職員を対象とした研修会を主催(教育活動委員会共催)

表 ● 日本精神保健看護学会災害支援特別委員会の活動経過（つづき）

年	月	活動内容
2012年 (平成24年)	11月	<ul style="list-style-type: none"> ・南三陸町コミュニティ復興支援プロジェクト「健康と復興まちづくりを考えるシンポジウム」（宮城大学大和キャンパス）に参加（本学会共催）。分科会3「これからの心のケアのあり方を考える—震災から1年半を経過した今、被災者の心のケアと課題」を主催。分科会の抄録を学会ウェブサイトに掲載 ・海外に向けた情報発信として、英語版の東日本大震災に関する情報を本学会ウェブサイトに掲載
2013年 (平成25年)	7月～	<ul style="list-style-type: none"> ・減災対策に役立つ知識の明確化を目的として「東日本大震災における被災地の精神科病院看護師の体験に関する研究」を実施
2014年 (平成26年)	1月～ 12月	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的に研究データの分析。「精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック」の作成 ・「東日本大震災における精神科看護師たちの経験」セミナーを開催（教育活動委員会・災害支援特別委員会共催）。34名（会員23名、非会員11名）の参加
2015年 (平成27年)	3月 6月 8月	<ul style="list-style-type: none"> ・仙台市で開催された第3回国連防災世界会議(3月14～18日)において、日本看護系学会協議会主催のパブリックフォーラム「東日本大震災からの復興と生活再建に向けた看護系学会の活動」が行なわれ、本学会もこれまでの活動成果を発表 ・第25回本学会学術集会（つくば市）。セミナー「災害支援特別委員会の活動報告：東日本大震災における精神科看護師たちの経験」 『精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック』発行

今回の震災の経験をもとにして、災害時におけるメンタルケアの重要性を強く再認識する機会となった。とくに本学会の役割としては、災害に関連した新たな知の構築に貢献すること、また、災害に関連したところのケアに関する教育・研修があらゆるレベルで行なわれるよう普及啓発に努めること、他の組織・団体と有機的につながりながら、災害発生時の支援活動をさまざまなレベルで展開できるよう準備を整えておくことなどが挙げられるであろう。

以上を通して、広く精神保健の重要性への認識の普及に貢献することも本学会に課せられた役割と言えよう。

付録 2

こころのケアを中心とした 災害関係の文献、ウェブサイト

■は文献、●は Web

- 金 吉晴編：心的トラウマの理解とケア，第2版，じほう，2006
*本書の一部が Webb で無料公開されている。 <http://www.japan-medicine.com/jiho/zasshi/35433/index.html>
- 兵庫県こころのケアセンター
 - ・こころのケア <http://www.j-hits.org/kokoro/index.html>
 - ・「サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版」(日本語版) <http://www.j-hits.org/psychological/index.html>
- 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健部：東日本大震災被災地での心のケアチーム活動マニュアル Ver.2
http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_careteam.pdf
- 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部(鈴木友理子ほか作成)：災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 (エキスパートからの提言 臨床家調査の結果から)，2011年3月15日(バージョン1.0) http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual.pdf
- 金 吉晴：災害時地域精神保健活動ガイドライン，平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業) http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/saigai_guideline.pdf
- 災害看護 命を守る知識と技術の情報館(兵庫県立大学看護学研究科21世紀 COE プログラム) <http://www.coe-cnas.jp/>
- パトリシア・アンダーウッド：サバイバー・ギルト；災害後の人々の心を理解するために，日本災害看護学会誌，7(2)：23-30，2005 * WebでPDF 閲覧可能。 <http://www.jana-office.com/fatality/svg.pdf>
- 厚生労働省：災害派遣精神医療チーム：DPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team) 活動要領 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- 日本災害看護学会 <http://www.jsdn.gr.jp/>

付 録 3

平常時の備え

いざというときのために、必要な物品やマニュアルを日ごろから備えておくことにより、非常時の患者ケアに活かすようにします。

1. 日ごろから避難訓練を行なう
2. 病院内に非常食や水（飲料水）を準備する
3. 病院内に防寒具（ひざかけ・羽織・カイロ・毛布・靴下・ディスポ手袋）を準備する
4. 院内の防災マニュアルを整備する
5. 市のハザードマップを常備する
6. 懐中電灯を準備する
7. 病棟専用ラジオを準備する
7. 衛星電話を準備する
8. 非常電源を確保する
9. 災害時のための患者の個人情報カードを記載する
10. 患者情報や処方箋を電子媒体以外に紙媒体でも保管する
11. 個人のロッカーやカバンに非常食を常備する
12. 個人用ラジオ・懐中電灯を個人のロッカーに常備する
13. 津波のおそれがある地区では、自家発電を2階以上に設置する
14. 地震や津波時の教訓をもとに、上階への避難や、備蓄品（非常食、薬、衣装ケース、ポットなど）を上部へ移動しておく

【第Ⅱ期災害支援特別委員会委員】（任期：2012年6月～2015年6月）

田中美恵子（委員長）（東京女子医科大学看護学部）
阿部幹佳（東北大学大学院医学系研究科）
安保寛明（山形県立保健医療大学看護学科）
宇佐美しおり（熊本大学大学院生命科学研究部）
大川貴子（福島県立医科大学看護学部）
木戸芳史（東京大学大学院医学系研究科博士後期課程）
小山達也（東京女子医科大学看護学部）
高橋葉子（東北大学大学院医学系研究科）
近澤範子（元・兵庫県立大学看護学部）
濱田由紀（東京女子医科大学看護学部）
長谷川雅美（金沢医科大学）
山内典子（東京女子医科大学病院）

【第Ⅱ期災害支援特別委員会協力委員】（任期：2012年6月～2015年6月）

嵐 弘美（東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程）
飯塚あつ子（東京女子医科大学看護学部）
異儀田はづき（東京女子医科大学看護学部）
内野小百合（防衛医科大学校医学教育部看護学科）
小松容子（宮城大学看護学部）
澤口利絵（二本松会上山病院）

- 編集・執筆：一般社団法人日本精神保健看護学会災害支援特別委員会「精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック」作成ワーキンググループ

嵐 弘美 （東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程）

飯塚あつ子 （東京女子医科大学看護学部）

内野小百合 （防衛医科大学校医学教育部看護学科）

小山達也 （東京女子医科大学看護学部）

高橋葉子 （東北大学大学院医学系研究科）

田中美恵子 （東京女子医科大学看護学部）

近澤範子 （元・兵庫県立大学看護学部）

濱田由紀 （東京女子医科大学看護学部）

山内典子 （東京女子医科大学病院）

*本ハンドブックを作成するにあたり、2013年度日本精神保健看護学会研究助成による研究「東日本大震災における被災地の精神科病院看護師の体験に関する研究」（研究代表者：高橋葉子）のデータを一部使用しました。研究にご協力くださった方々に、この場をお借りして心よりお礼申し上げます。

*本ハンドブックは本学会 HP からダウンロードできます。ご活用ください。

精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック

2015年8月10日発行

監修：田中美恵子

編集：一般社団法人日本精神保健看護学会災害支援特別委員会「精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック」作成ワーキンググループ

発行：一般社団法人日本精神保健看護学会

〒162-0801 新宿区山吹町 358-5 アカデミーセンター 株式会社国際文献社内

Tel：03-5389-6254 Fax：03-3368-2822

e-Mail：japmhn-post@bunken.co.jp

制作：すびか書房

印刷・製本：中央精版印刷
